

**La planification individualisée
et coordonnée des services**

**Une approche à privilégier pour
l'intégration scolaire, professionnelle
et sociale des personnes handicapées**

Rédaction

Michel Plourde
Conseillère à l'intervention nationale
Direction de l'intervention nationale

Le

21 novembre 2006

Mise en page

Josée Rougeau
Agente de secrétariat
S:\Demarche A parts egales\2384-04-05 SOUTIEN A DOMICILE\Etat situation planification
individualisee et coordonnee des services.doc

Approbation (de la version de travail)

Pierre Berger
Directeur par intérim
Direction de l'intervention nationale

Document de travail

Document de travail

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. UN PEU D'HISTOIRE.....	3
2. LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE.....	5
3. LA PERSONNE CONCERNÉE ET SON ENVIRONNEMENT	9
4. LA PERSONNE, MAÎTRE D'ŒUVRE DE L'ORGANISATION DE SA VIE	11
4.1 DE L'AUTONOMIE ET DE L'AUTONOMISATION (EMPOWERMENT)	11
4.2 DE L'INFORMATION, DU LIBRE CHOIX ET DE LA RESPONSABILISATION	12
4.3 DE LA CONFIDENTIALITÉ ET DU CONSENTEMENT	13
5. LES OBJECTIFS VISÉS PAR LA PLANIFICATION	15
6. L'HARMONISATION DE LA TERMINOLOGIE ET DES DÉFINITIONS	17
6.1 LA PLANIFICATION INDIVIDUALISÉE ET COORDONNÉE DES SERVICES	17
6.2 LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ	18
7. L'HARMONISATION DE LA CONCEPTION ET DES PRATIQUES	21
7.1 ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES À LA DEMANDE.....	21
7.2 LES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION : QUI, COMMENT ET QUOI ?	24
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31

Document de travail

Introduction

La réflexion proposée dans le présent document s'inscrit dans le contexte de l'actualisation de la politique d'ensemble *À part... égale* et se situe également en lien avec la planification stratégique 2005 – 2008 de l'Office des personnes handicapées du Québec (ci-après Office).

Dans le contexte de l'actualisation de la politique d'ensemble *À part... égale* et plus spécifiquement lors de la réflexion portant sur la « perspective d'ensemble », il s'avère opportun de revisiter, à la lumière de l'évolution de certains concepts, ce que l'on entend par la planification individualisée et coordonnée des services, de réitérer les grands principes sous-jacents à sa visée et de proposer certaines avenues visant à harmoniser la conception et les pratiques en découlant.

Aussi, aux fins de la planification stratégique, le présent document est une suite et une réponse aux questions soulevées dans l'état de situation sur la problématique du plan de services dressé par l'Office en 2003 (Berger, 2003). Ce projet consiste, tout en tenant compte d'autres travaux en cours, à établir un consensus avec les représentants des principaux prestataires de services, le milieu associatif et autres partenaires pertinents (ministères, experts, etc.) autour de la conception et de la pratique du plan de services.

À la suite d'un bref retour historique et à la présentation du cadre législatif et réglementaire entourant la planification individualisée et coordonnée des services, ce document de travail situe cette démarche en lien avec le modèle conceptuel du processus de production du handicap, réitère les principes sous-jacents et les objectifs visés par celle-ci et propose certains éléments en vue d'harmoniser la terminologie et les pratiques.

1. Un peu d'histoire

Revisiter ce que l'on entend par la planification individualisée et coordonnée des services suppose, dans un premier temps, un bref rappel historique de ses origines. La planification individualisée des services remonte au début du XX^e siècle et origine des pratiques relatives à la prestation des services sociaux. Au fil des années, l'évolution de ces pratiques a modulé tant les concepts que les instruments rattachés aux modalités de planification. De plus, le mouvement social des personnes handicapées, la reconnaissance de leurs droits, la désinstitutionnalisation et l'organisation des services impliquant que ces personnes doivent avoir recours à plusieurs établissements pour répondre à l'ensemble de leurs besoins sont autant de facteurs ayant favorisé une certaine pratique de la planification individualisée des services.

En 1984, une des pierres angulaires de la politique d'ensemble *À part... égale* était l'identification et la distinction de deux grands champs d'intervention :

« ... on peut distinguer les *interventions collectives* de prévention des déficiences, de développement du potentiel et d'intégration des personnes handicapées et les *interventions individuelles* qui permettent le développement du potentiel et l'intégration sociale de chaque personne handicapée. Il s'agit donc, d'une part, d'adapter et d'organiser les ressources et services collectifs nécessaires et, d'autre part, de permettre à la personne d'y avoir accès pour répondre à l'ensemble de ses besoins ». (Office, 1984 : 40)

Au regard des interventions individuelles, la politique d'ensemble *À part... égale* proposait une utilisation élargie du plan de services et un modèle de coordination visant à réaliser et à maintenir l'intégration sociale d'une personne handicapée.

En 1989, l'Office constate que la généralisation de la pratique du plan de services rencontre différents obstacles et publie un document d'orientation venant préciser le cadre ainsi que les conditions de sa mise en œuvre (Bégin & all, 1989). En 1993, l'Office publie également deux guides (Gignac, 1993) visant à outiller les personnes handicapées et leurs familles dans la démarche de plan de services. Ces outils sont toujours largement utilisés aujourd'hui tant par les personnes handicapées ou leurs parents que par des intervenants.

Toutefois, il appert que « les notions de plan de services et de plan d'intervention prennent différents sens et font l'objet de pratiques variées, pas toujours cohérentes ni harmonisées entre elles ». (Berger, 2003 : 1) Ainsi, l'Office publiait, en 2003, un document faisant état des problématiques inhérentes à ces pratiques dans les différents réseaux de services (Berger, 2003). Suite à cette publication, l'Office se proposait de travailler en concertation avec ses partenaires, afin d'harmoniser et de bonifier la pratique du plan de services.

Par ailleurs, indépendamment des travaux de l'Office, deux groupes de travail ont été mis en place afin de proposer certaines modalités au regard de la pratique du plan de services. D'une part, le groupe de travail sur la planification des services, mandaté par le Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC), a déposé un cadre de référence au printemps 2005. D'autre part, le groupe de travail sur le plan de services individualisé et intersectoriel, mandaté par le Comité de concertation sur l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Entente MELS – MSSS), a également déposé un rapport en septembre 2005.

Il importe de souligner que les propositions des deux groupes de travail apportent des éléments pertinents afin d'harmoniser et de faciliter les pratiques relatives à la planification individualisée et coordonnée des services. Néanmoins, certaines positions ou pistes de solution soulèvent toujours des interrogations ou ne répondent pas nécessairement aux questionnements émergeant du diagnostic de 2003.

2. Le cadre législatif et réglementaire

La *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, telle que modifiée en décembre 2004, précise les orientations devant guider l'agir de l'Office, des ministères et de leurs réseaux, des municipalités et des organismes publics ou privés. Deux de ces orientations sont en lien avec la planification individualisée et coordonnée des services.

a) adopter une approche qui considère la personne handicapée dans son ensemble, qui respecte ses caractéristiques particulières et qui favorise un plus grand développement de ses capacités ; (Art. 1.2)

b) favoriser l'autonomie des personnes handicapées et leur participation à la prise de décisions individuelles ou collectives les concernant ainsi qu'à la gestion des services qui leur sont offerts ; (Art. 1.2)

De même, cette loi réitère très clairement les devoirs de l'Office au regard de la planification individualisée et coordonnée des services. L'Office doit :

b) voir à la préparation de plans de services conformément au chapitre III ; (Art. 25)

b.1) promouvoir la planification individuelle de services, notamment par des plans de services et des plans d'intervention, auprès des ministères et de leurs réseaux, des municipalités et de tout autre organisme public ou privé ; (Art. 25)

Pour sa part, l'article 103 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* spécifie l'obligation légale de l'élaboration d'un plan de services individualisé :

« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, doit recevoir pour une période prolongée des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. »

Par ailleurs, la *Loi sur l'instruction publique* bien qu'obligeant l'élaboration d'un plan d'intervention pour chaque élève handicapé ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage ne fait aucune obligation quant au plan de services. Toutefois, en 2004, l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation *Deux réseaux, un objectif, le développement des jeunes* introduit la notion de plan de services individualisé et intersectoriel.

« Parce qu'il couvre l'ensemble des besoins du jeune en difficulté ou présentant une déficience, le plan de services n'est cependant pas exclusif au réseau de la santé et des services sociaux. [...] Le plan de services d'un jeune rassemble donc l'ensemble des plans d'intervention ou autres plans similaires (ex. : plan d'intégration en service de garde, plan de transition école-travail, etc.) dans tous les domaines où des besoins sont ciblés. Le plan de services est donc individualisé et intersectoriel. » (MSSS, 2003 : 10)

Outre les obligations légales au regard de la planification des services, il importe ici de rappeler que les récentes politiques et orientations ministérielles situent la planification individualisée et coordonnée des services comme un incontournable. À titre d'exemple, sont repris ici les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant à la planification des services tels qu'énoncés dans les grandes orientations en déficience physique, en déficience intellectuelle et en troubles envahissant du développement.

✓ Déficience physique

Parmi les lignes directrices sur lesquelles s'appuient les orientations du MSSS en déficience physique, la nécessité d'avoir une vision globale de la situation de la personne et l'obtention « du bon service au bon moment » implique le recours à la planification individualisée et coordonnée des services.

« Pour bien saisir le niveau de besoin et les capacités d'une personne ayant une déficience physique, c'est en effet une approche globale qui doit être utilisée, approche qui place cette personne au centre de la démarche, qui considère non seulement ses choix, ses caractéristiques propres mais également celles de l'environnement au sein duquel elle évolue, celles enfin des proches qui interagissent avec elle. » (MSSS, 2003b : 28)

« Le continuum de services intégrés met en relief le principe d'une planification et d'une organisation de services intégrés et coordonnés, dans le cadre d'un plan de services individualisés et intersectoriels. Par ailleurs, la personne ayant une déficience physique doit avoir accès à ces services au moment opportun. Il faut donc être en mesure de lui offrir le bon service au bon moment. » (MSSS, 2003b : 29)

✓ Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

De même, la « politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux proches » spécifie que les « ... services doivent être offerts selon les besoins de chacune des personnes à partir d'une démarche individualisée de planification et de coordination des interventions¹ : le plan de services individualisé. De par sa nature, en plus de faire des liens entre plusieurs plans d'intervention, le plan de services individualisé est intersectoriel. » (MSSS, 2001 : 56)

Le recours à la planification individualisée est également évoqué dans les orientations pour l'organisation des services aux personnes qui vivent avec un trouble envahissant du développement et pour leurs familles.

« L'atteinte de ces objectifs de développement des capacités des personnes est possible grâce à l'élaboration d'un plan de services individualisé et intersectoriel ajusté aux besoins particuliers de chaque personne, de même qu'à la vigilance, à la compétence et à la responsabilisation des intervenants. » (MSSS, 2003c : 38)

Malgré l'ensemble des dispositions législatives et orientations ministérielles, force est de constater que la planification individualisée et coordonnée des services, démarche souvent considérée comme ardue tant par les intervenants que par les gestionnaires, se révèle d'une pratique très inégale. Plus répandue dans le secteur de la déficience intellectuelle, elle est peu implantée en déficience physique et rencontre même de l'opposition dans le domaine de la santé mentale. (Berger, 2003)

¹ À noter que dans cette politique, le PSI est défini comme une démarche de planification et de coordination des interventions et non des services. De l'avis de l'Office, la coordination des interventions relève du plan d'intervention. Ce glissement conceptuel illustre bien la confusion existant dans les concepts entourant la planification des services.

3. La personne concernée et son environnement

Peu de données viennent quantifier la pratique effective en cette matière. À cet effet, le groupe de travail sur la planification des services, mandaté par le Comité scientifique pour l'évolution de l'OÉMC mentionne que :

« ... selon les connaissances actuelles, la littérature et les expériences québécoises semblent indiquer que 7 à 10 % [...] de la population âgée de 65 ans et plus a besoin des services de gestion de cas qui impliquent une démarche de PSI. Cette proportion est probablement plus élevée pour la clientèle ayant un trouble envahissant du comportement [sic] ou une déficience intellectuelle (modérée à sévère) ou une déficience physique ou un trouble sévère en santé mentale. » (Comité scientifique, 2005 : 24)

Certes, la planification individualisée et coordonnée des services n'est pas requise pour toutes les personnes handicapées. Alors, à qui s'adresse la planification individualisée et coordonnée des services ? Selon l'article 45 de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* :

« Toute personne handicapée qui réside au Québec [...] peut demander à l'Office de voir à la préparation d'un plan de services afin de faciliter son intégration scolaire, professionnelle et sociale. » (Québec, 2005 : 14)

Pour l'Office, la planification individualisée et coordonnée des services s'adresse donc à toute personne handicapée nécessitant des services favorisant son intégration scolaire, professionnelle et sociale ainsi qu'à celle qui en fait la demande. Elle inclut les services aux proches en lien avec l'objectif d'intégration sociale. Ceci étant dit, il importe également de situer la pratique de la planification des services dans la perspective écosystémique et sociale qui la sous-tend.

Du *processus d'apparition du handicap*, tel que défini en 1984 dans la politique d'ensemble *À part... égale* et préconisant une approche individuelle de coordination des services, au *processus de production du handicap* tel qu'articulé aujourd'hui, un cheminement théorique important a permis de peaufiner un modèle conceptuel permettant d'asseoir la pratique de la planification des services.

En effet, le modèle conceptuel du *processus de production du handicap* permet :

« ... de façon équilibrée, pédagogique et pratique d'identifier les variables personnelles (systèmes organiques, aptitudes, identité socioculturelle), les variables environnementales sociales et physiques et les variables situationnelles selon les dimensions de la participation sociale. Le modèle montre que c'est la rencontre de la personne fonctionnellement différente avec son environnement de vie spécifique qui détermine la qualité de sa participation sociale. » (Fougeyrollas, 2005)

La planification individualisée et coordonnée des services, bien qu'étant une approche individuelle, doit donc s'inscrire davantage dans une perspective écosystémique et sociale permettant de prendre en compte tant les facteurs environnementaux que personnels et leurs interrelations.

« La qualité de la participation sociale est situationnelle et ne peut être réduite uniquement aux facteurs personnels ou aux facteurs environnementaux séparément. La qualité de la participation sociale dépend des choix des personnes et des possibilités offertes et valorisées par le contexte de vie. » (Fougeyrollas, 2005)

Tout être humain se réalise à travers ses habitudes de vie². Se lever, se laver, se nourrir, se déplacer, s'instruire, travailler, etc., ne prennent sens que dans la mesure où cet agir correspond au choix de l'individu. Cependant, nul ne peut faire un choix en l'absence d'alternatives. En ce sens, la planification individualisée et coordonnée est une démarche dépassant largement la nécessité d'organiser des services existant en réponse à un besoin donné. Elle implique d'abord la prise en compte de l'individu dans son entièreté et suppose également que la personne soit le maître d'œuvre de l'organisation de sa vie.

² « Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. » (RIPPH 1998)

4. La personne, maître d'œuvre de l'organisation de sa vie

Édicter que la personne est le maître d'œuvre de l'organisation de sa vie, c'est en appeler de l'autonomie, de l'autonomisation, du libre choix, du droit à l'information et de la responsabilisation. De plus, dans le contexte de la planification individualisée et coordonnée des services où le partage des informations est un incontournable, la question de la confidentialité des renseignements personnels se doit d'être abordée.³

4.1 De l'autonomie et de l'autonomisation (empowerment)

Dans le cadre de la planification individualisée et coordonnée des services, reconnaître à une personne handicapée le droit à l'autonomie, c'est lui accorder le pouvoir intrinsèque de décision, ce qui relève de l'autonomie décisionnelle. Une personne handicapée peut être dans l'impossibilité de cuisiner son repas, mais cela n'implique pas pour autant qu'elle n'a pas la capacité de décider de son menu. Il importe donc de statuer que « respecter l'autonomie de la personne handicapée, c'est tenir compte de ses projets et c'est évaluer correctement ses incapacités effectives ou potentielles. C'est lui donner les moyens d'exprimer personnellement ses projets et d'utiliser ses compétences réelles ». (Mercier, 2003) C'est également s'assurer, que par sa participation active à la planification de ses services, la personne influe sur les services qui lui seront offerts. En ce sens, la planification individualisée et coordonnée des services doit être abordée sous l'angle de l'accompagnement.

« ... il est évident que deux personnes atteintes d'une même déficience n'ont pas nécessairement les mêmes besoins parce qu'elles n'ont pas nécessairement les mêmes aptitudes, les mêmes aspirations, n'évoluent pas dans le même environnement et ne concourent pas aux mêmes

³ Pour bien situer les enjeux relatifs à l'autonomie, l'autonomisation, du libre choix, du droit à l'information, de la responsabilisation et de la confidentialité, le lecteur peut se référer au document suivant : MEUNIER, Éric (2006). *Les valeurs, principes et orientations d'À parts... égales, levons les obstacles : document de réflexion*, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, Office des personnes handicapées du Québec.

habitudes de vie. Ainsi, dans le respect des aspirations de la personne, un processus de planification de services devrait s'articuler dans une logique d'accompagnement plutôt que de prise en charge. » (Comité scientifique, 2005 : 15)

Certes, toutes les personnes handicapées ne sont pas en mesure de prendre l'ensemble des décisions touchant l'organisation de leur vie. En ce sens, la famille et les proches ont un rôle important à jouer dans la planification individualisée et coordonnée des services. Toutefois, il importe également de prendre en compte que la capacité de faire des choix est une habileté qui s'acquiert. À cet effet, la littérature sur la question de la planification individualisée des services en appelle à l'autonomisation.

L'autonomisation est un processus « par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement ». (Comité scientifique, 2005 : annexe)

4.2 De l'information, du libre choix et de la responsabilisation

Le pouvoir de décision sur son projet de vie ne peut s'opérationnaliser que dans la mesure où la personne dispose de toutes les informations requises à cet effet.

« Le véritable choix signifie aussi une information et une compréhension maximale en fonction des possibilités de la personne. L'ignorance limite les choix, l'information les facilite. La compréhension devrait idéalement toucher les enjeux et le contexte des choix et des décisions. C'est de cette exigence de compréhension que découle l'importance du consentement et du refus éclairé. [...] Camoufler de l'information à la personne est ainsi une atteinte directe à sa capacité a priori d'assumer ses actes sur les plans cognitifs, affectifs et volitifs et à sa possibilité d'agir en connaissance de cause. » (Meunier, 2006 : 42)

Ainsi, décider pour soi et en pleine connaissance de cause sont deux préalables à l'exercice d'un véritable libre choix et de la responsabilisation qui en découle.

« La personne est responsable des conséquences de ses choix, que ceux-ci soient valorisés socialement ou pas. La possibilité d'un véritable libre choix permet d'assumer la responsabilité de sa vie, même si la marge de manœuvre est parfois restreinte face aux contingences sociales, économiques, culturelles et politiques. Être autonome, c'est pouvoir faire ses propres choix et être responsable des conséquences de ceux-ci. » (Meunier, 2006 : 42)

4.3 De la confidentialité et du consentement

Étant donné que la démarche de planification et de coordination des services implique d'importants échanges d'information entre les intervenants ; la question du respect de la confidentialité constitue un enjeu important.

Au Québec, plusieurs dispositions législatives viennent encadrer la confidentialité des renseignements personnels et le respect de la vie privée dont : la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, etc.

De plus, « l'absence de toute influence et de tout contrôle indu sur sa personne, en tant que composante de la liberté de l'individu, exige la protection de la confidentialité des informations personnelles et le respect de la vie privée. Cette dernière consiste dans le droit de la personne de déterminer son action en privé sans le regard de la communauté et de choisir quels aspects elle veut en divulguer. » (Meunier, 2006 : 41)

En ce sens, la question du respect de la confidentialité et du partage de l'information relativement à la planification individualisée et coordonnée des services a été abordée dans le cadre des travaux du Comité national de suivi de l'Entente de complémentarité des services conclue entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Le groupe de travail en arrive à la conclusion que l'élément clef permettant de dénouer l'impasse entre le respect de la confidentialité et la nécessité de partager l'information entre les intervenants repose sur le consentement de la personne à divulguer des informations la concernant.

« La recherche du consentement en ce qui a trait au partage des renseignements personnels devrait être une priorité pour les intervenants, parce qu'elle peut souvent contribuer à assurer la cohésion des interventions et à éviter les dédoublements. [...] De plus, cette démarche a un effet rassurant parce que la personne qui donne son consentement sait ce qui sera divulgué et à qui. [...] Il est important de préciser ici que l'obtention du consentement obéit à certaines règles précises, c'est-à-dire que le consentement doit être éclairé, libre, écrit et donné à des fins spécifiques. » (Comité national, 2006 : 12)

Ainsi, le Comité recommande de :

« ... prendre les moyens nécessaires pour que les intervenants des deux réseaux fassent toutes les démarches requises pour obtenir le consentement [...]; prendre les moyens nécessaires pour que les intervenants s'assurent que le jeune et ses parents comprennent bien l'importance et l'utilité des informations pour lesquelles le consentement est demandé ; proposer des moyens pour uniformiser les pratiques relatives au consentement notamment en diffusant un modèle de formulaire accompagné d'un guide explicatif à l'intention des intervenants, du jeune et de ses parents ; » (Idem, p.13)

Bien que l'Office appuie ces recommandations, il importe que celles-ci soient élargies à l'ensemble des partenaires susceptibles d'être impliqués dans une démarche de planification individualisée et coordonnée des services.

En bref, la participation active de la personne handicapée à la planification individualisée et coordonnée des services devient un incontournable pour qu'elle soit le véritable maître d'œuvre de l'organisation et réalise son projet de vie. En effet, comment peut-on en référer de l'autonomie de la personne si les décisions la concernant sont prises en son absence et sans son consentement ? Comment peut-on en appeler du libre choix lorsque les services offerts à la personne sont conditionnés et limités dans le cadre d'un programme rigide au-delà duquel aucune alternative ne peut être envisagée ? Comment peut-on favoriser l'intégration sociale de la personne en lui refusant tout véritable pouvoir d'agir sur sa vie ?

5. Les objectifs visés par la planification

De la politique d'ensemble *À part... égale*, il est également possible de dégager les objectifs suivants :

- assurer une réponse personnalisée et satisfaisante aux besoins identifiés ;
- favoriser l'intégration sociale de la personne en lui donnant un meilleur contrôle sur l'accès aux services ;
- viser une cohérence dans les interventions en évitant les dédoublements ;
- assurer la coordination des interventions des partenaires des différents réseaux de services publics, parapublics et privés.

Initialement, les objectifs de la planification individualisée et coordonnée des services avaient donc une double visée soit : répondre aux besoins de la personne et assurer l'efficacité du système.

« ... il est donc possible de structurer le processus de planification et de coordination des interventions ou des services, d'une part, en fonction des besoins du système en vue d'améliorer les services ou, d'autre part, en fonction des besoins de la personne afin de mieux répondre aux attentes de cette dernière. » (Berger, 2003 : 48)

Toutefois, l'adhésion aux principes d'autonomie et de libre choix de la personne, comme préalable à une véritable participation sociale, suppose que la planification s'effectue en fonction des besoins de la personne, en réponse à ses attentes et en conformité avec son projet de vie. En ce sens, l'Office réaffirme que le projet de vie de la personne doit avoir la primauté sur toute préoccupation d'ordre organisationnel, et ce, tout en reconnaissant la nécessité et les bénéfices d'un tel processus pour assurer la coordination des services et leur organisation.

6. L'harmonisation de la terminologie et des définitions

Un des constats découlant du diagnostic de 2003 au regard de la conception et de la pratique du plan de services fait état de la nécessité d'harmoniser la terminologie utilisée afin d'éviter certaines confusions dans les pratiques. De même, plusieurs travaux sur le sujet en arrivent à la même conclusion et proposent une multitude de vocables et de définitions. Toutefois, les terminologies proposées ainsi que leurs définitions présentent certaines divergences et viennent complexifier davantage le lexique en lien avec la planification individualisée et coordonnée des services.

Il importe ici de dissocier « la planification individualisée et coordonnée des services » en tant que démarche, du « plan de services individualisé » qui relève davantage du moyen, de l'instrument. D'ailleurs, la politique d'ensemble *À part... égale* définissait le plan de services comme « un outil de planification et de coordination des services individuels nécessaire à la réalisation et au maintien de l'intégration sociale d'une personne handicapée. » (Office, 1984 : 40) En ce sens, un exercice d'élaboration d'une définition de ce qu'est la planification individualisée et coordonnée des services s'avère préalable à son opérationnalisation.

6.1 La planification individualisée et coordonnée des services

Dans un premier temps, voici une définition⁴ de chacune des composantes du concept de « planification individualisée et coordonnée des services ».



Planification :

Processus ayant « pour objet d'assurer une continuité des services, de manière à rencontrer les objectifs que se donne une personne en regard de la réponse à ses besoins et à son intégration sociale. [...] Aussi, la

⁴ Les définitions retenues aux fins du présent exercice en réfèrent à diverses sources. Toutefois, elles ont le mérite de bien décrire l'essentiel du concept.

planification vise à éviter les ruptures dans la prestation des services ». (Berger, 2003 : 4)

✓ Individualisée :

« Qui possède les caractères propres d'un individu; qui se distingue des autres êtres de la même espèce par des caractères spécifiques. » (Lexilogos)

✓ Coordonnée :

« La coordination vise à favoriser une cohérence et une complémentarité des services dans la réponse aux différents besoins d'une personne. Ainsi, pour éviter les dédoublements dans les services et les interventions, assurer la couverture de tous les besoins et garantir qu'ils concourent aux mêmes objectifs et qu'ils sont orientés dans la même direction, il est nécessaire d'en réaliser la coordination. » (Berger, 2003 : 4)

✓ Services :

« Ce que l'on fait pour être utile à une personne, pour l'aider, pour lui procurer un avantage, pour répondre à un besoin qu'elle manifeste. » (Office québécois de la langue française)

De ces mots clefs, il est donc possible de définir la planification individualisée et coordonnée des services comme un processus visant une continuité des services (planification), de manière à rencontrer les objectifs que se donne une personne, en tenant compte de ses caractéristiques spécifiques (individualisée) et en assurant la cohérence ainsi que la complémentarité (coordonnées) des interventions de différents acteurs mis à contribution pour répondre aux besoins manifestés (services).

6.2 Le plan de services individualisé

Plusieurs définitions sont rattachées au vocable plan de services individualisé. D'une part, dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le plan de services individualisé (PSI) est prévu lorsque les services requis nécessitent l'apport de différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

« En effet, le réseau de la santé et des services sociaux, en concordance avec l'article 103 de la LSSSS, considère qu'un plan de services doit être

élaboré lorsqu'une personne doit recevoir pour une période prolongée des services de santé et des services sociaux de plusieurs organisations. Le plan de services prévu à cette loi couvre essentiellement les besoins qui peuvent recevoir une réponse de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Il ne touche donc pas l'ensemble des besoins⁵. »

D'autre part, dans la politique d'ensemble *À part... égale* et dans la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, le plan de services a une visée plus large et peut concerner plusieurs aspects de la vie d'une personne (santé, éducation, transport).

De plus, au vocable plan de services individualisé (PSI) est venue se greffer la notion d'intersectoriel. Ainsi, le vocable plan de services individualisé et intersectoriel (PSII), introduit dans les différentes politiques et orientations ministérielles, se veut éclairant au regard des différents secteurs d'activités (santé, éducation, transport, organisme communautaire) mis à contribution afin de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Cet ajout se veut distinctif de la conception du plan de services individualisé tel que prescrit dans la LSSSS. Du point de vue de l'Office, cet ajout est une tautologie puisque, dans la pratique, le plan de services est en-soi intersectoriel.

Aux fins d'une définition harmonisée du plan de services, l'Office retient la proposition du groupe de travail de l'OÉMC, dont le cadre de référence a été déposé au printemps 2005. Ce groupe définit le PSI comme un instrument servant à la planification individualisée et coordonnée des services. Cette définition a de plus l'intérêt de bien cerner les différentes composantes que devrait contenir un tel outil : les besoins, les services, les démarches et surtout la nécessité d'une analyse en continu des besoins.

« Le PSI est un instrument [...] qui implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, permettant l'intégration des services au niveau clinique et

⁵ BERGER, P. (2003) *La problématique de plan de services*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, p. 25.

organisationnel pour l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires. Il est l'outil énonçant, à partir de la situation de vie de la personne :

- l'ensemble des besoins de la personne et leur mise en priorité convenue par la personne ;
- les orientations d'actions et de services en accord avec ses attentes ;
- les services alloués (type, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire) ;
- les services ou démarches ponctuels ;
- l'analyse en continu du (des) besoin(s) non comblé(s). » (Comité scientifique, 2005 : 19-20)

L'Office croit que la définition de *planification individualisée et coordonnée des services*, mise en relation avec le modèle de processus de production du handicap (PPH) et la perspective écosystémique et sociale qui le sous-tend permet de mieux cadrer les pratiques en cette matière et rejoint ainsi la visée plus globale proposée initialement dans la politique d'ensemble *À part... égale*. De plus, le *plan de services individualisé* définit comme un instrument, utilisé par l'ensemble des partenaires des différents secteurs aux fins de la planification, permet également d'éviter l'ajout inutile d'une terminologie supplémentaire pour décrire une même réalité.

7. L'harmonisation de la conception et des pratiques

Certes, l'harmonisation du vocabulaire utilisé est un incontournable. Toutefois, l'harmonisation des pratiques s'avère primordiale. Une des problématiques relevées dans l'état de situation de 2003 concerne les conceptions divergentes de la planification individualisée et coordonnée des services.

« D'une part, on envisage l'articulation du plan de services en plans d'intervention d'établissement, comme si un domaine d'intervention était l'affaire exclusive ou relevait de la responsabilité d'un seul établissement. Dans cette conception, les différentes organisations confirment leurs champs respectifs et exclusifs de responsabilités en regard des besoins d'une personne. D'autre part, on le voit se traduire en une série de plans d'intervention en fonction des différents champs d'intervention, de manière qu'un champ d'intervention puisse être partagé par plusieurs dispensateurs de services (par exemple, les services éducatifs ne sont pas l'affaire exclusive de l'école). » (Berger, 2003 : 26)

Certaines problématiques sont également soulevées au regard de la réponse aux besoins qui se fait davantage sous l'angle de l'offre de services qu'en fonction de la demande. De même, plusieurs questions relatives aux modalités de coordination, à l'imputabilité des établissements, méritent d'être répondues.

7.1 Adapter l'offre de services à la demande

Le diagnostic de l'Office a permis d'identifier deux conceptions opposées de la pratique du plan de services.

« Dans un cas, on envisageait le plan de services comme étant une démarche de coordination entre dispensateurs de services pour répondre à des besoins individualisés en fonction d'un découpage de responsabilités propre à chaque organisation. [...] Une telle approche suppose que la réponse aux besoins de l'usager doit rencontrer l'offre de services et que c'est cette offre de services qui est coordonnée sur une base individuelle dans la démarche de plan de services.

À l'inverse, dans l'autre cas, le plan de services pouvait être envisagé comme étant une démarche d'identification des besoins où, pour chaque secteur d'intervention, on sollicite une réponse pouvant être multisectorielle et on demande aux prestataires de services d'ajuster leurs interventions, voire adapter, développer ou revoir leurs services, pour répondre aux besoins spécifiques de la personne. On ne coordonne plus

une offre précise de services, mais une réponse adaptée aux besoins. La démarche de plan de services se fait ici sous l'angle de la demande. » (Berger, 2003 : 50)

Pour l'Office, la planification individualisée et coordonnée des services, doit se faire sous l'angle de la demande. Adapter l'offre de services à la demande, c'est instaurer une pratique basée sur l'approche de résolution de problèmes où tous les acteurs concernés s'investissent et collaborent à l'identification des besoins et à la recherche de solutions appropriées pour y répondre. En fait, l'approche de résolution de problèmes consiste à combler l'écart entre une situation initiale et une situation désirée par la mobilisation des acteurs dans leur capacité de s'ajuster et d'innover dans la recherche de solutions créatives et novatrices.

Toutefois, cette approche pose la question de l'imputabilité. En effet, « dans le modèle axé sur l'offre de services, il va de soi que les établissements sont imputables uniquement du champ dans lequel ils interviennent dans les limites d'une offre précise de services. Dans le modèle axé sur la demande, cette imputabilité doit entièrement être définie. » (Berger, 2003 : 51)

En ce sens, la mise en place, par le MSSS, des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ayant « pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus » (MSSS, site Internet); l'élaboration des projets cliniques « axé[s] sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services » (MSSS, site Internet); ainsi que la signature possible d'entente avec des partenaires autres que ceux du secteur de la santé et des services sociaux (écoles, organismes communautaires, etc.), peuvent s'avérer des facilitateurs favorisant l'émergence d'une pratique visant une réponse adaptée aux besoins, et ce, au-delà des missions respectives de chacun des secteurs et acteurs interpellés.

De plus, de part la responsabilité populationnelle conférée aux centres de santé et de services sociaux, ces derniers de « concert avec l'ensemble des intervenants du réseau et hors réseau, [...] doivent convenir de moyens visant à assurer le partage

d'information et la complémentarité des rôles et responsabilités des intervenants et des partenaires intersectoriels ». (MSSS, 2004 : 12)

Pour l'Office, convenir des moyens assurant la complémentarité des rôles et des responsabilités des partenaires intersectoriels dans le cadre de la planification individualisée et coordonnée des services doit s'inscrire dans une offre souple (donc ajustable) des services et implique :

- une volonté ferme de l'ensemble des partenaires à s'engager dans un processus de résolution de problèmes ;
- et que l'engagement de tout établissement ou organisme mis à contribution afin de fournir une réponse adaptée à un besoin spécifique signifie qu'il se rende imputable du service à rendre, et ce, malgré le fait que sa contribution nécessite des ajustements dans son offre habituelle de services.

Coordonner une réponse adaptée au besoin suppose également être en mesure de « ... planifier l'attente d'un service lorsqu'il y a des listes et des délais d'attente et prévoir des solutions de rechange en conséquence. L'absence de disponibilité de services ne doit pas être prétexte à ne rien faire ». (Berger, 2003 : 50)

En ce sens, le groupe de travail de l'OÉMC introduit, dans l'instrument qu'il propose, une section permettant de prendre en compte des besoins non comblés.

« L'intégration de l'analyse des besoins non comblés favorisera la réponse adéquate aux besoins pour une personne donnée et l'adaptation des services aux besoins pour une clientèle ou une population donnée. »
(Comité scientifique 2005 : 47)

Aussi les motifs de la non-réponse aux besoins (ex. : liste d'attente, en processus d'évaluation, refus du service) et les solutions alternatives sont pris en compte dans la proposition du groupe de travail de l'OÉMC. Cette proposition s'avère fort pertinente dans le sens où elle encourage la recherche, par l'ensemble des partenaires, de solutions novatrices. Toutefois, lorsque la cause du besoin non comblé relève d'un refus du service par la personne, il s'avère opportun de spécifier le motif du refus. La

personne refuse-t-elle le service parce qu'elle considère ne pas en avoir besoin ou parce que le service proposé ne correspond pas à ses attentes?

7.2 Les activités de planification : qui, comment et quoi ?

Assurer la cohérence ainsi que la complémentarité des interventions de différents acteurs mis à contribution pour répondre aux besoins manifestés suppose la mise en place de mécanismes de coordination et l'identification d'une personne qui en est responsable.

Qui doit coordonner le plan de services? Bien qu'initialement, l'Office préconisait que la personne coordonne elle-même son plan de services et, qu'au besoin, elle bénéficie de l'accompagnement d'une personne ressource, force est de constater que cette pratique est peu courante. Dans sa proposition, le groupe de travail de l'OÉMC sur la planification des services souligne que la désignation d'un coordonnateur « *ayant la formation requise est cruciale afin de s'assurer de l'accompagnement optimal de la personne et de l'implication adéquate de tous les acteurs concernés* ». (Comité scientifique, 2005 : 42) Bien que l'Office reconnaisse la nécessité de désigner un responsable de la coordination des services ayant la formation requise, il importe de considérer que la personne doit avoir le libre choix quant à l'intervenant souhaité pour assurer ce rôle et, dans la mesure où elle le désire, qu'elle puisse assumer elle-même, en partie ou en totalité, les fonctions reliées à la coordination et recevoir à cette fin l'accompagnement requis. De plus, malgré l'identification d'un responsable de la coordination des services, la personne handicapée, les parents ou les proches doivent avoir un droit de regard sur la démarche et être en accord avec les décisions prises.

Les responsabilités en lien avec la coordination des services varient considérablement selon le modèle utilisé. Malgré une multitude de modèles de planification et de coordination des services, deux grandes tendances se dégagent : la gestion personnalisée (couramment appelée « gestion de cas » ou « case management ») et la coordination concertée.

« Le premier implique une certaine prise en charge ou une assistance individualisée dans la démarche : le *case manager* a la responsabilité de voir à l'obtention des services et à leur coordination. Le second modèle, la coordination concertée, suppose une démarche où les différents prestataires de services et la personne qui a des besoins s'entendent entre eux, dans le cadre d'une démarche de concertation, sur une planification des services. » (Berger, 2003 : 55)

Dans la politique d'ensemble *À part... égale*, le mécanisme privilégié, sans être clairement nommé, relève de la coordination concertée. Toutefois, la lourdeur de la démarche est sans doute un des motifs de la sous-utilisation de la planification individualisée et coordonnée des services. Ainsi, l'Office émet l'idée d'un modèle mixte. Un modèle qui permettrait de jumeler, dans la pratique, la prise en charge de la démarche par un responsable de la coordination des services et la coordination concertée.

Ainsi, il reviendra au responsable de la coordination des services de dresser une évaluation globale de la situation de la personne, de ses besoins, de ses attentes, de son projet de vie et d'identifier les services requis ainsi que les partenaires qui, s'il y a lieu, devront être mis à contribution afin d'assurer une réponse adaptée à l'ensemble des besoins identifiés. Dans des situations peu complexes, toujours avec l'accord de la personne, le responsable de la coordination des services assumant cette étape pourra, par le biais d'une référence, d'un contact téléphonique ou d'un entretien avec le dispensateur du service requis s'assurer d'une réponse au besoin identifié. Par ailleurs, certaines situations plus complexes, telle l'intégration d'un enfant nécessitant plusieurs mesures de soutien pour son intégration en services de garde ou à l'école, exigeront une démarche de coordination concertée.

« En effet, quand la concertation déborde le secteur sociosanitaire, elle devient une approche intersectorielle où des instances appartenant à différents secteurs de l'organisation de la vie en société (éducation, emploi, justice, transport, ressources naturelles etc.) décident de coopérer pour répondre aux besoins. Dans cette perspective, il est important que le coordonnateur de PSI ou le gestionnaire de cas identifie les différents acteurs et partenaires impliqués auprès de la personne, entretienne des liens avec eux et facilite leur coopération. Les réunions multidisciplinaires

et intersectorielles constituent des moments privilégiés pour parvenir à une planification individualisée la plus adaptée possible aux besoins de la personne, grâce à l'apport du champ d'expertise de chacun. » (Comité scientifique, 2005 : 30)

De même, la planification individualisée et coordonnée des services peut s'avérer nécessaire lorsque la demande de services ne concerne qu'un seul secteur. À titre d'exemple, au niveau scolaire, la préparation de la transition d'un élève du primaire au secondaire est une étape où la planification individualisée et coordonnée peut s'avérer indispensable. Cette démarche peut également s'imposer pour une personne bénéficiant à la fois des services d'un centre de réadaptation et d'un centre de santé et des services sociaux afin de s'assurer de la continuité des services dans le contexte d'un retour à la maison suite à une amputation.

Ainsi, l'ensemble des activités relatives à la planification s'articule donc autour de deux grandes étapes, la prise en charge de la démarche par un responsable de la coordination des services (la gestion personnalisée) et la coordination concertée. Dans ce contexte, les principales fonctions dévolues au responsable de la coordination sont les suivantes :

- développer une vision d'ensemble de la situation ;
- orienter la personne à travers les réseaux de services ;
- établir une relation continue avec elle, sa famille et ses proches ;
- assurer la meilleure adéquation des services pour répondre à ses besoins ;
- défendre ses intérêts et voir au respect de ses droits ;
- identifier les besoins non comblés ;
- assurer l'adaptation de l'offre de service aux besoins réels de la personne ;
- identifier les différents acteurs impliqués auprès de la personne et entretenir des liens avec eux ;
- assurer le suivi de la planification, le respect des échéanciers et la concertation avec l'ensemble des partenaires ;
- planifier, organiser, animer les rencontres, rédiger et mettre à jour tout instrument servant à la planification.

Il importe également de spécifier que les tâches de coordination peuvent également être partagées et ainsi assumer en collaboration avec la personne concernée ou par plus d'un intervenant.

Document de travail

Conclusion

Obligations légales, politiques et orientations ministérielles, recommandations de différents groupes de travail, tous convergent dans un même sens : la nécessité de planifier les services en fonction des caractéristiques de l'individu, de son environnement social, de ses choix, et ce, en assurant la complémentarité et la continuité des services. Néanmoins, moult obstacles font en sorte que la planification individualisée et coordonnée des services est une pratique peu répandue. Dans le cadre de l'actualisation de la politique d'ensemble *À part... égale*, l'Office propose donc :

- ✓ que la planification individualisée et coordonnée des services s'appuie sur les principes d'autonomie, de l'autonomisation, du libre choix, du droit à l'information, de la responsabilisation, et ce, dans le respect de la confidentialité ;
- ✓ que le projet de vie de la personne doit primer sur toute préoccupation d'ordre organisationnel ;
- ✓ que la planification individualisée et coordonnée des services doit se faire sous l'angle de la demande et non être tributaire d'une offre prédéterminée et rigide de services ;
- ✓ que les partenaires aient une volonté ferme de s'engager dans un processus de résolution de problèmes ;
- ✓ que l'engagement de tout établissement ou organisme mis à contribution afin de fournir une réponse adaptée à un besoin spécifique signifie qu'il se rende imputable du service à rendre, et ce, malgré le fait que sa contribution nécessite des ajustements dans son offre habituelle de services ;
- ✓ qu'en présence d'une liste d'attente, faute de ressources disponibles, des solutions alternatives doivent être envisagées afin d'éviter que la personne ou la famille ne demeure sans service ;

- ✓ que la personne puisse choisir le responsable de la coordination de ses services ou qu'elle puisse, si elle le désire, assumer elle-même, en partie ou en totalité, les tâches reliées à la coordination et qu'elle reçoive l'accompagnement requis à cette fin ;
- ✓ que soit jumelée, dans la pratique, la prise en charge de la démarche de planification par un responsable de la coordination des services et la coordination concertée.

Enfin, pour lever les obstacles à la participation sociale pleine et entière des personnes handicapées, il faut que l'ensemble des partenaires adhère à des principes communs et travaille conjointement dans une perspective où la personne est le maître d'œuvre de l'organisation de sa vie. Dans ce contexte, l'approche individualisée apparaît comme un incontournable puisque chaque personne a des attentes et des besoins différents et nécessitent une réponse personnalisée qui s'ajuste à sa réalité individuelle.

Bibliographie

- BÉGIN, Diane, Nicole GAGNON et Michel GIGNAC (1989). *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 31 p.
- BERGER, Pierre (2003). *La problématique de plan de services*, Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville, 68 p.
- COMITÉ NATIONAL DE SUIVI DE L'ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES CONCLUE ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU DE L'ÉDUCATION (2006). *Concilier le respect de la confidentialité et le partage de l'information*, 16 p.
- COMITÉ SCIENTIFIQUE POUR L'ÉVOLUTION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENÈTE, GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DES SERVICES (2005). *Cadre de référence sur la planification des services*, 52 p.
- COMITÉ DE CONCERTATION SUR L'ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU DE L'ÉDUCATION (2005). *Rapport du groupe de travail sur le plan de services individualisé et intersectoriel*, 24 p.
- FOUGEYROLLAS, Patrick, et autres (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap, Québec.
- FOUGEYROLLAS, Patrick (2005). *Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale une responsabilité sociale et collective*, Synthèse d'une conférence.
- GIGNAC, Michel (1993). *Je commence mon plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des personnes handicapées adultes*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 66 p.
- GIGNAC, Michel (1993). *Je commence son plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des parents ayant un enfant handicapé*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 58 p.
- MERCIER, M. (2003). *Autonomie, intégration et participation à la vie sociale : de nouvelles perspectives*. Facultés universitaires Notre Dame de la Paix, département de psychologie, Namur. 6 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle à leurs familles et aux proches, 111 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec. 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003b). *Services des personnes handicapées, Pour une véritable participation à la vie de la communauté Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004 – 2009*, 93 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003c). *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement à leurs familles et à leurs proches*, 68 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale : l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Les Publications du Québec, 350 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2006). *Les valeurs, principes et orientations d'À parts égales, levons les obstacles : document de réflexion (SER-2)*, Drummondville, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, 100 p.

QUÉBEC (c2005). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, L.R.Q. c. E. 20-1, à jour au 12 avril 2005, Québec. Éditeur officiel du Québec.

Site Internet

Lexilogos
www.lexilogos.com/francais_langue_dictionnaires.htm

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE
www.olf.gouv.qc.ca/ressour-ces/gdt.html